



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(35):37-47

Artigos de Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i35.1236](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i35.1236)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 23/10/2025

Aceito: 19/03/2026

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em estado de mal epiléptico e seu manejo na emergência pediátrica de um hospital escola no Distrito Federal

Clinical and epidemiological profile of patients with status epilepticus and its management in the pediatric emergency department of a teaching hospital in the Federal District

Gabriela Nunes de Sousa¹ , Renata Orlandi Rubim¹ 

¹ Residência do Hospital Regional de Sobradinho, Secretária de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Correspondência: gabrielansousa12@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico e analisar o manejo do estado de mal epiléptico (EME) em pacientes atendidos na emergência pediátrica de um hospital escola do Distrito Federal. Trata-se de estudo transversal retrospectivo quantitativo, observacional, realizado por meio da análise de prontuários de crianças de 0 a 12 anos atendidas entre março de 2023 e março de 2024. Foram incluídos 36 pacientes que preencheram os critérios diagnósticos para EME. Observou-se maior prevalência na faixa etária de 1 a 5 anos (58,3%, 21 pacientes), predominância do sexo masculino (69,4%, 25 pacientes) e do tipo tônico-clônico generalizado (70%, 28 pacientes). A febre esteve presente em 52,8% dos casos (19 pacientes) e epilepsia prévia foi identificada em 52,7% (17 pacientes). Em relação ao manejo, o Diazepam endovenoso foi a medicação de primeira linha mais utilizada, com taxa de resolução após dose única em 22 casos. Como segunda linha, destacaram-se a fenitoína e o Fenobarbital, enquanto o Midazolam contínuo foi empregado nos casos refratários. Conclui-se que o manejo observado se manteve em consonância com as principais diretrizes internacionais, embora limitado pela disponibilidade de fármacos; foi observada incompletude dos registros em prontuário. Os achados reforçam a importância da padronização de protocolos adaptados à realidade local e da melhoria nos registros clínicos para otimizar o prognóstico e reduzir as complicações associadas ao EME.

Palavras-chave: Estado de mal epiléptico; Emergências pediátricas; Perfil epidemiológico; Terapêutica; Criança.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the clinical and epidemiological profile and to analyze the management of status epilepticus (SE) in patients treated at the pediatric emergency department of a teaching hospital in the Federal District. This was a quantitative, observational, descriptive, cross-

sectional, and retrospective study conducted through the analysis of medical records of children aged 0 to 12 years treated between March 2023 and March 2024. A total of 36 patients who met the diagnostic criteria for SE were included. The highest prevalence was observed in the age group of 1 to 5 years (58.3%, 21 patients), with a predominance of males (69.4%, 25 patients) and generalized tonic-clonic seizures (70%, 28 patients). Fever was present in 52.8% of cases (19 patients), and previous epilepsy was identified in 52.7% (17 patients). Regarding management, intravenous diazepam was the most frequently used first-line medication, with a rate of seizure resolution after a single dose in 22 cases. As second-line therapy, intravenous phenytoin and intravenous phenobarbital were most frequently administered, while midazolam continuous infusion was used in refractory status epilepticus. It is concluded that the management observed was largely consistent with international guidelines, although limited by drug availability and incomplete medical records. These findings highlight the importance of early intervention, standardized treatment protocols adapted to local resources, and improvements in clinical documentation to optimize prognosis and reduce complications associated with SE.

Keywords: Status epilepticus; Pediatric emergency medicine; Epidemiologic profile; Therapeutics; Child.

INTRODUÇÃO

Estudos recentes referem que o estado de mal epiléptico (EME) deve ser considerado como crises contínuas ou repetidas com duração superior a cinco minutos, sem recuperação do nível de consciência entre elas. Em crianças menores de cinco anos, alguns autores consideram duração superior a 10 minutos para caracterização do quadro. Além disso, crises epiléticas com duração acima de cinco minutos apresentam risco elevado de prolongar-se por mais de 30 minutos, configurando maior gravidade neurológica^{1,2}.

O estado de mal epiléptico refratário é definido quando a atividade epilética persiste mesmo após a administração adequada de benzodiazepínicos, considerados terapia de primeira linha, e de pelo menos um agente antiepilético de segunda linha. Por sua vez, define-se estado de mal epiléptico super-refratário quando as crises mantêm-se por mais de 24 horas após o início das terapias anestésicas ou retornam após sua suspensão^{3,4}.

Há diversos tipos clínicos de crises epiléticas relacionadas ao estado de mal epiléptico. A forma mais comum em pediatria é o EME febril, responsável por cerca de um terço dos casos. Crianças com diagnóstico prévio de epilepsia apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de EME, sendo essa a manifestação inicial da doença em aproximadamente 10% dos pacientes. Além disso, histórico prévio de episódios de EME e início das crises epiléticas no primeiro ano de vida são fatores de risco importantes para recorrência do quadro^{5,6}.

O estado de mal epiléptico é considerado a emergência neurológica mais comum na faixa etária pediátrica, com incidência estimada entre 17 e 23 episódios por 100 mil crianças por ano. Essa incidência é maior no primeiro ano de vida, sendo que aproximadamente 40% dos casos ocorrem em crianças menores de dois anos. Cerca de 60% das crianças não apresentam antecedentes neurológicos antes da instalação do EME. A mortalidade varia entre 3% e 9% em pacientes pediátricos e está associada principalmente à etiologia, duração das crises e atraso no início do tratamento^{7,8}.

A abordagem do estado de mal epiléptico deve contemplar a estabilização inicial do paciente, o controle das crises, o tratamento das causas subjacentes e a avaliação das possíveis complicações neurológicas e sistêmicas. A condução terapêutica envolve múltiplas etapas com o objetivo de alcançar desfechos clínicos favoráveis e reduzir a morbimortalidade associada ao quadro⁹.

O tratamento imediato por meio da terapia aguda é fundamental para minimizar os riscos decorrentes da persistência das crises. O atraso no tratamento pode resultar em lesões neuronais e crises prolongadas, que tendem a apresentar menor resposta às terapias farmacológicas. Dessa forma, a intervenção precoce aumenta a probabilidade de cessação das crises e melhores desfechos clínicos¹⁰.

A seleção da terapia adequada para interromper as crises depende de diversos fatores, incluindo idade do paciente, tipo de crise, presença de comorbidades e perfil de efeitos adversos das medicações disponíveis.

O tratamento ideal deve promover controle rápido da atividade epiléptica com o menor impacto possível e reduzido risco de eventos adversos¹¹.

Atualmente, existem protocolos clínicos e diretrizes internacionais que auxiliam os profissionais de saúde na tomada de decisão durante o manejo do estado de mal epiléptico, contribuindo para maior padronização da conduta, redução de erros terapêuticos e maior efetividade no tratamento¹².

Quanto ao tratamento de primeira linha, os benzodiazepínicos são a classe farmacológica recomendada. As principais opções indicadas nas diretrizes são diazepam, midazolam e lorazepam, não havendo evidências robustas de superioridade entre eles em termos de eficácia ou segurança. No contexto brasileiro, diazepam e midazolam são os mais utilizados devido à maior disponibilidade¹³.

Nos casos de estado de mal epiléptico refratário aos benzodiazepínicos, a maioria das recomendações indica o uso de anticonvulsivantes de segunda linha, como fosfenitoína, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico ou levetiracetam, que apresentam eficácia relativamente semelhante na interrupção das crises¹⁴.

Com o presente estudo, espera-se avaliar se há uniformidade de conduta e seguimento das medidas atualmente preconizadas para o manejo do estado de mal epiléptico, principalmente em relação à administração das medicações em tempo e dose oportunos, contribuindo para a qualificação da prática clínica no cenário analisado.

METODOLOGIA

Estudo de caráter quantitativo, observacional e descritivo, do tipo transversal, retrospectivo, sobre o perfil clínico e epidemiológico de pacientes em estado de mal epiléptico (EME) e seu manejo na emergência pediátrica do Hospital Regional de Sobradinho (HRS). O HRS é um hospital de ensino, com nível de atenção secundária, e faz parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

O foco do estudo são crianças de 0 a 12 anos de idade, em EME atendidas no Pronto-socorro Pediátrico do Hospital Regional de Sobradinho no período de março de 2023 a março de 2024.

Os critérios de inclusão foram: pacientes na faixa etária pediátrica admitidos na Unidade de emergência

pediátrica do Hospital Regional de Sobradinho em vigência de crise epiléptica. Como critérios de exclusão, foram considerados pacientes que não estavam em vigência de crise epiléptica e aqueles com prontuários com dados incompletos ou incompreensíveis.

O recrutamento dos pacientes foi realizado por meio da análise dos prontuários eletrônicos disponíveis no sistema de informação hospitalar (TrakCare), do *drive* de registro da equipe de enfermagem de pacientes atendidos no pronto-socorro, dos livros de alta pertencentes à enfermaria do HRS, bem como verificação dos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CIDs) relacionados com o tema do estudo.

Os dados coletados foram: idade, sexo, procedência, queixa principal, sinais e sintomas, tipo de crise, duração da crise, presença ou ausência de febre, recorrência das crises, se apresenta como doença base a epilepsia, se há outras doenças associadas, história de trauma, exames laboratoriais, exames de imagem, exames eletrofisiológicos realizados, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, incluindo a frequência e a dose.

Os dados foram tabulados com os programas Microsoft Office Excel e o *software* R. As variáveis do estudo serão apresentadas por meio da estatística descritiva evidenciando a distribuição relativa (%) e absoluta (n) dos dados e posteriormente apresentada na forma de gráficos e tabelas. Todos os dados dos participantes da pesquisa foram mantidos em sigilo, armazenados em computador próprio e pessoal da pesquisadora, protegido por senha, sendo a identificação de cada participante por meio numérico, não nominal, e sem a identificação de seu registro (SES).

Este estudo foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 7.623.319, bem como pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 86659224.5.0000.5553, garantindo transparência e conformidade com as normas éticas vigentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os prontuários de 36 pacientes atendidos na emergência pediátrica do HRS entre o período de março de 2023 a março de 2024 que atenderam aos critérios de inclusão para diagnóstico de estado de mal epiléptico (EME).

A distribuição etária revelou maior prevalência de casos na faixa de 1 a 5 anos de idade, correspondendo a 58,33% dos pacientes (n=21 pacientes). Em seguida, observou-se a faixa de 5 a 12 anos (30,56% ou n=11 pacientes) e, por fim, menores de 1 ano de idade (11,11% ou n=4 pacientes). A média de idade em meses foi 49,28 meses e a mediana 41,5 meses. Esse achado está em consonância parcial com a literatura, que descreve maior ocorrência de estado de mal epiléptico em idades precoces, com predomínio em lactentes e em menores de 2 anos¹⁻⁴.

Em relação ao sexo, foi mais prevalente no sexo masculino correspondendo em número absoluto 25 dos pacientes (69,44%) e sexo feminino 11 dos pacientes (30,56%). Esse resultado está de acordo com estudos prévios, que apontam discreta predominância masculina nos casos de estado de mal epiléptico em pediatria³⁻⁶, embora no presente trabalho essa diferença tenha se mostrado mais acentuada.

Quanto às características clínicas e ao tipo de EME, o mais frequente foi o EME tônico-clônico-generalizado (n=28; 70%); achado que corrobora diretrizes e revisões sistemáticas que apontam esse subtipo como o mais frequente em pediatria⁶⁻⁹, seguido pelo tipo focal (n=5; 12,5%), tônico-clônico (n=3; 7,5%); e tônico-clônico-generalizado com focal (n=2; 5%) e tônico-clônico-generalizado com ausência (n=2; 5%).

A duração das crises foi de até 5 minutos em 47,22% dos pacientes (Gráfico 1). Em 44,44% dos casos, as crises ultrapassaram esse tempo de 5 minutos. Já em 8,33% dos prontuários não havia registro da duração dos episódios. Em 58,33% dos casos foi

observado recorrências das crises (Gráfico 2). Estudos multicêntricos¹⁰⁻¹³, evidenciam risco elevado de recorrência de crises em crianças com EME, principalmente quando o tratamento inicial é retardado ou ineficaz. A recorrência está associada a maior tempo de internação e pior prognóstico neurológico. Além disso, a literatura indica que crianças com crises mais precoces e etiologia estrutural/metabólica apresentam risco mais alto de recorrência.

No momento da crise, 52,78% dos pacientes apresentavam febre (Gráfico 3). A febre foi identificada como um dos principais fatores precipitantes de EME na amostra. Esse achado é compatível com a literatura, que descreve a febre como evento desencadeante frequente em crianças, sobretudo em menores de 5 anos, geralmente associada a processos infecciosos agudos^{2,4,14,15}. Apenas 5,56% dos casos (dois pacientes) foram precedidos por trauma (Gráfico 4).

Em relação às comorbidades, epilepsia prévia foi observada em 52,78% dos pacientes (Gráfico 5). Na literatura; Glauser et al.⁸ e Srivastava et al.⁶ apontam que 50–70% dos casos de EME em pediatria ocorrem em crianças com diagnóstico prévio de epilepsia, sendo este um fator de risco importante para o desenvolvimento e recorrência do quadro; o diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) foi identificado apenas em um paciente (2,78%) e encefalopatia como doença de base (Gráfico 6) esteve presente em 22,22% dos casos (n=8 pacientes).

Foram identificadas doenças associadas (Gráfico 7) ao episódio convulsivo, sendo os principais diagnósticos citados a seguir: 16,67% dos pacientes estavam

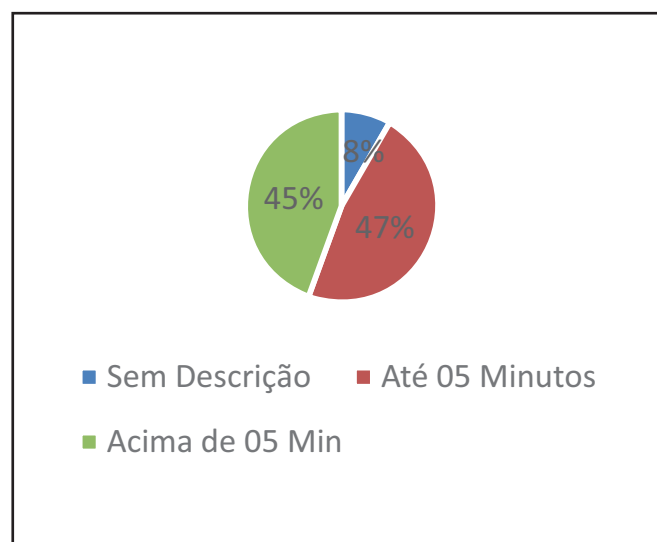


Gráfico 1 – Duração da crise.

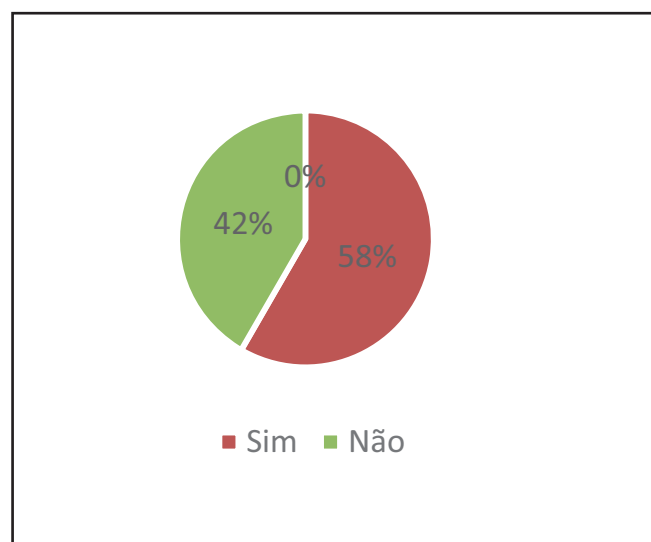


Gráfico 2 – Recorrência da crise.

com diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores, em relação a infecções bacterianas foi observado que infecção do trato urinário foi presumida em 13,89% (n=5); rinossinusite em 2,78% (n=1); diarreia aguda e traqueíte 2,78% (n=1); apenas diarreia aguda em 5,56% (n=2); febre sem sinais localizatórios em 2,78% (n=1); otite média em 2,78% (n=1), choque séptico secundário a pneumonia em 2,78% (n=1); pneumonia bronco aspirativa 5,56%, (n=2) ou seja, mais da metade dos pacientes não tiveram infecções bacterianas associadas (61,11%; n=22); síndrome respiratória aguda grave em 2,78%, intoxicação exógena em 8,33%. A investigação de meningoencefalite como etiologia foi aventada em 19,44% dos pacientes (n=7) (Gráfico 8).

Exames laboratoriais foram realizados em 91,67%, com alterações em apenas 8,33% dos casos,

consistindo exclusivamente em leucocitose com desvio à esquerda. A análise de líquor não foi realizada em 88,89% dos pacientes; em 8,33% os resultados foram normais e em 2,78% observou-se presença de hemácias e células nucleadas com predomínio de polimorfonucleares, VDRL não reagente, e ausência de micro-organismos coráveis pelo método de GRAM.

A tomografia de crânio sem contraste foi realizada em 19,44% dos casos. Destes, 11,11% apresentaram alterações estruturais – em uma delas apresentava deformidade da calota craniana com retificação óssea na região posterior direita e a outra mostrava sinais de aumento do espaço subaracnóideo e hematoma subdural subagudo bilateral, além de isquemia no território das duas artérias cerebrais posteriores, enquanto 2,78% não havia registro sobre a realização do exame.

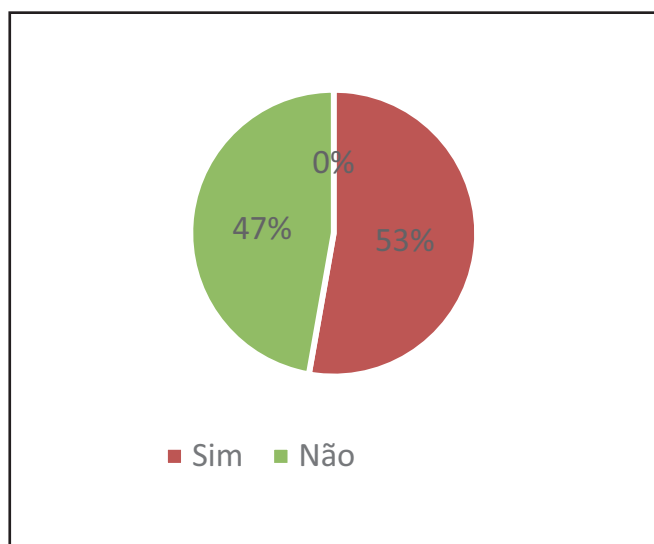


Gráfico 3 – Presença de febre.

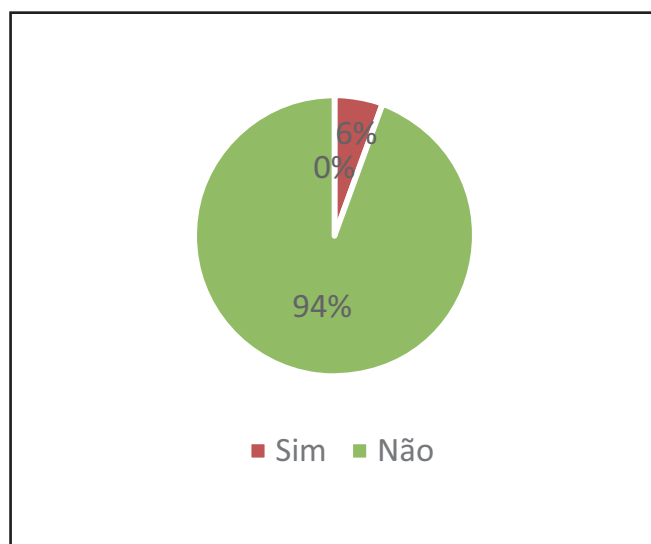


Gráfico 4 – Presença de trauma.

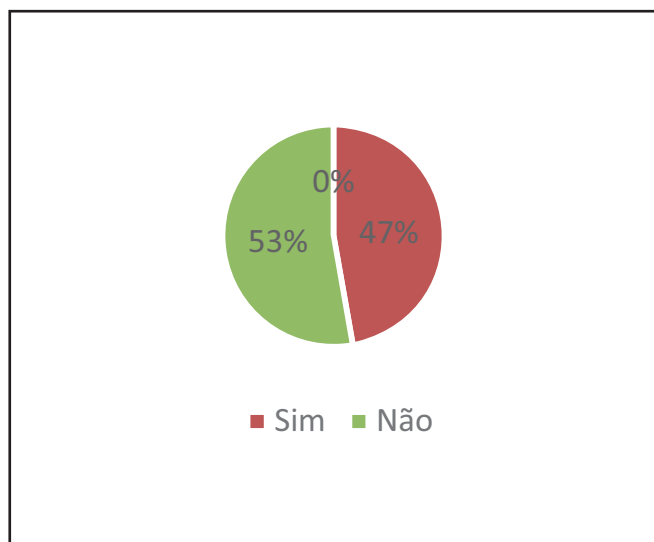


Gráfico 5 – Epilepsia como doença de base.

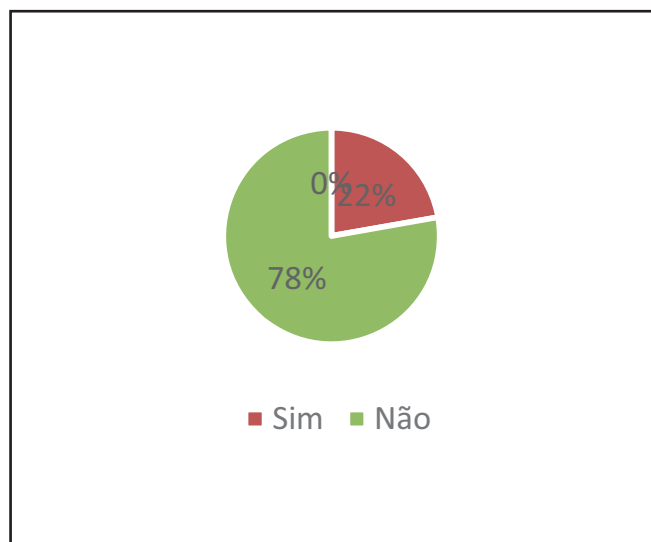


Gráfico 6 – Encefalopatia como doença de base.

O eletroencefalograma não foi realizado na maioria dos pacientes (88,89% ou n=32 pacientes), apenas 8,33% realizou eletroencefalograma que não foi visto nenhuma alteração.

Com relação à abordagem medicamentosa, não foi possível precisar o tempo da administração das doses mas observamos que 61,11% dos pacientes receberam apenas uma dose de Diazepam como primeira linha (Gráfico 9), sendo que 14 pacientes (38,8% dos pacientes) tiveram resolução da crise com apenas 1 dose da medicação. Em 16,67% dos casos, foram administradas duas ou mais doses, e em 22,22% não se utilizou Diazepam como primeira escolha (Gráfico 9).

O uso de Midazolam foi registrado em 13,89% dos casos (Gráfico 10). Já a fenitoína foi utilizada em 19,44% dos pacientes na dose de ataque como droga de segunda linha (Gráfico 11), sendo necessária a dose de manutenção em 5,56% deles (Gráfico 12). O uso de fenobarbital como segunda linha não foi necessário em 75% dos pacientes (Gráfico 13). Em 16,67% dos pacientes, foi utilizada a dose de 5 mg/kg/dia, enquanto 8,33% necessitaram de doses acima de 5 mg/kg/dia (Gráfico 13). Midazolam contínuo foi administrado em 8,33% dos casos em pacientes com crises refratárias (Gráfico 14). Outras medicações utilizadas incluíram dipirona (19,44%), antivirais (5,56%),

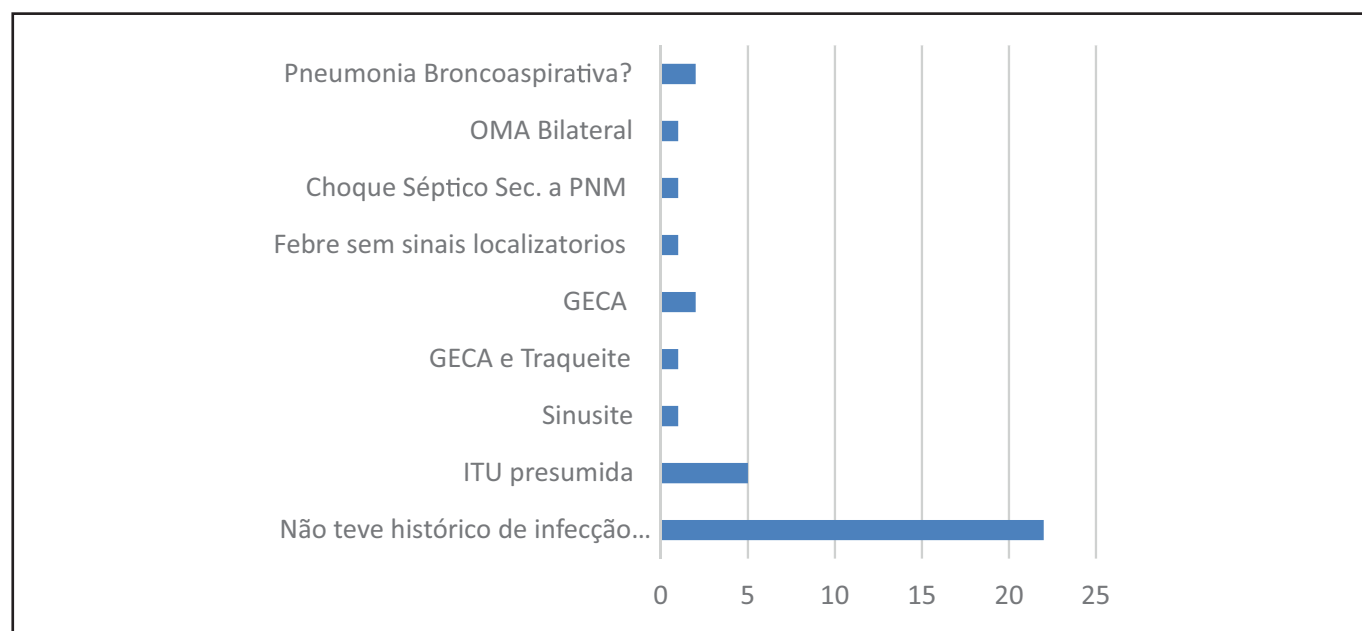


Gráfico 7 – Presença de infecção bacteriana.

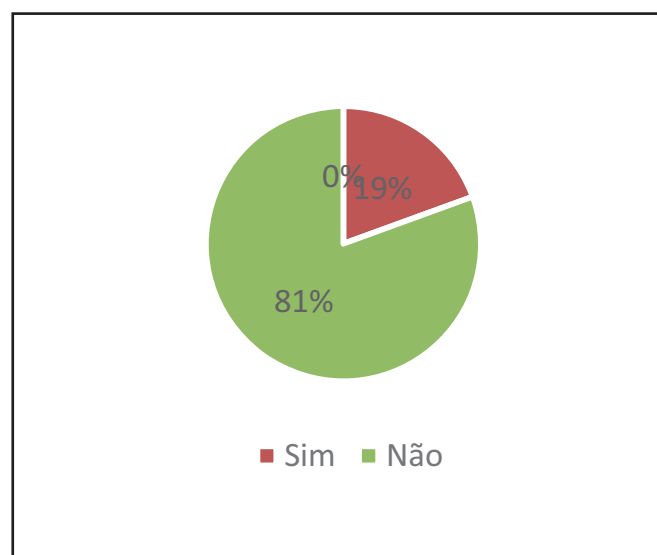


Gráfico 8 – Meningoencefalite.

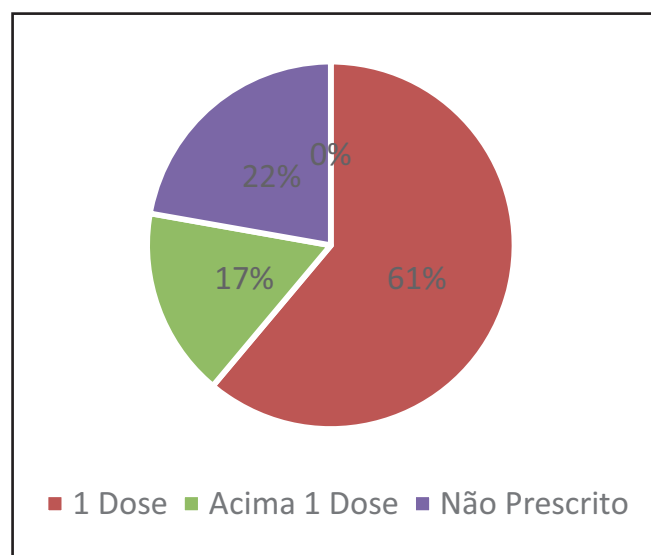


Gráfico 9 – Usou diazepam.

antibióticos (25%) e, em menor proporção, flumazenil e biperideno (2,78% cada).

A maioria dos pacientes (83,33%) não necessitou de internação em unidade de terapia intensiva (UTIP). Contudo, 16,67% demandaram suporte ventilatório e foram internados em leito de UTI. Apenas 5,56% foram encaminhados para enfermaria especializada em neurologia pediátrica.

Quanto ao manejo pós- crise, 47,22% que utilizavam anticonvulsivantes previamente tiveram ajuste nas medicações de uso contínuo. Apenas 38,89% foram regulados para acompanhamento ambulatorial com neurologista, 30,56% para realização de eletroencefalograma (EEG) e 22% para ressonância magnética de encéfalo (RM).

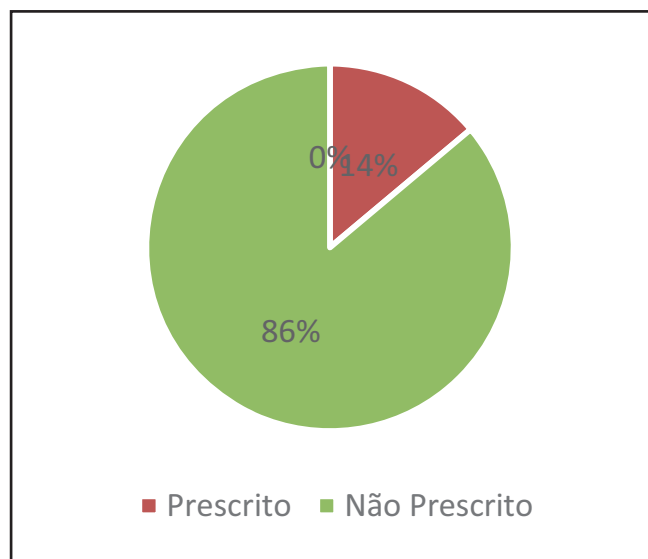


Gráfico 10 – Usou midazolam.

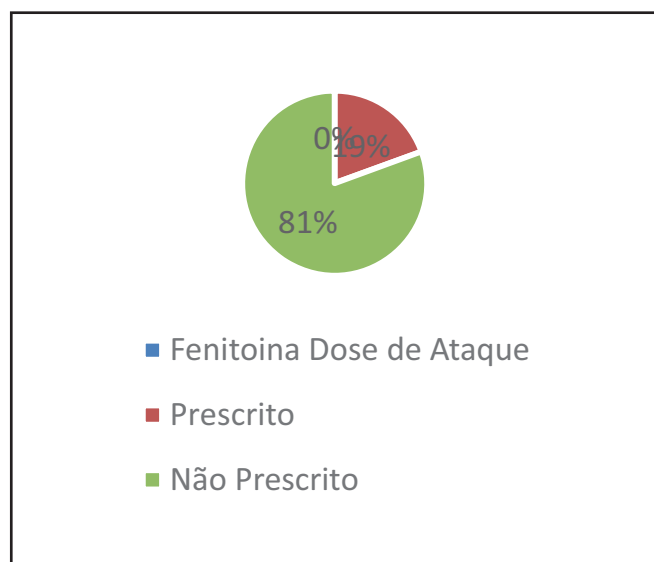


Gráfico 11 – Usou fenitoína na dose de ataque.

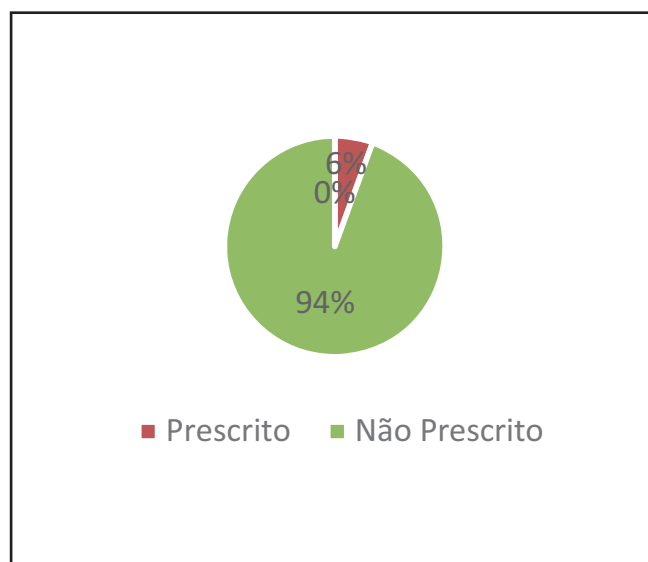


Gráfico 12 – Usou fenitoína na dose de manutenção.

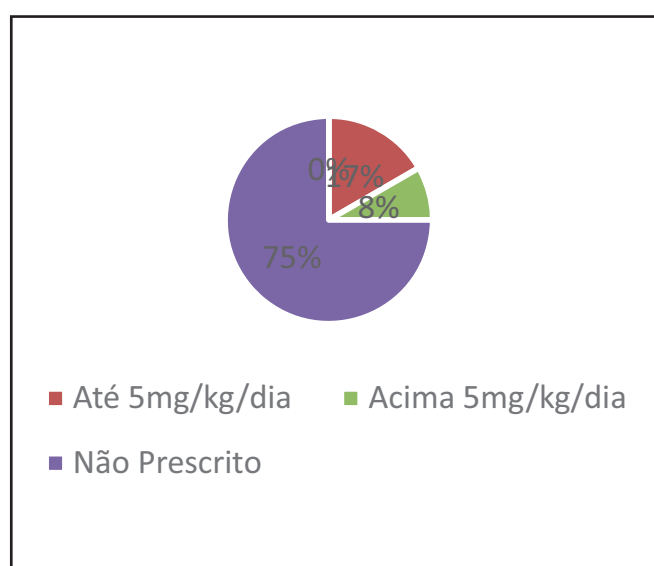


Gráfico 13 – Usou fenobarbital.

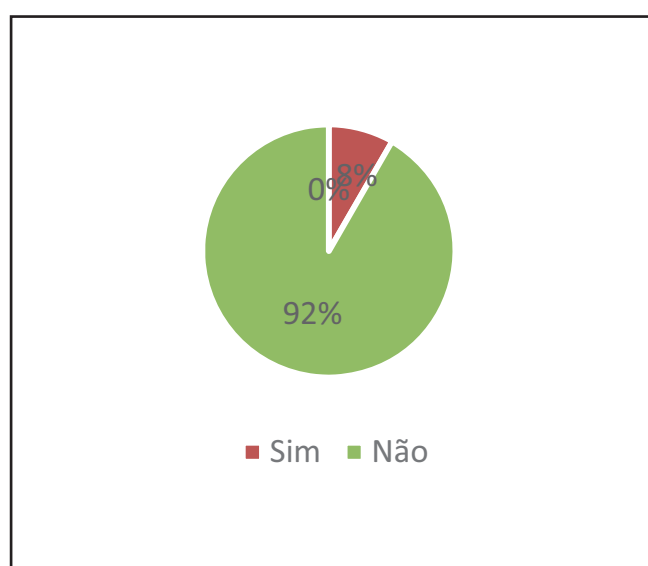


Gráfico 14 – Usou midazolam contínuo.

Durante a estabilização inicial, é fundamental a avaliação da circulação e do estado neurológico, dentro dos limites permitidos pela condição clínica do paciente. É necessário realizar monitorização contínua com oximetria de pulso, (ECG) e aferição regular dos sinais vitais deve ser instituída prontamente. Eletrocardiograma (ECG) não é mandatório no manejo inicial. A temperatura axilar deve ser sempre verificada principalmente para associar a crises epiléticas febris, assim como a investigação de sinais sugestivos de sepse ou hipertensão intracraniana (HIC), que devem ser prontamente manejados, caso estiverem presentes.

O estabelecimento de acesso venoso periférico deve ser realizado o mais precocemente possível, tanto para a administração de medicamentos quanto para coleta de exames laboratoriais, conforme a necessidade clínica. Uma vez que o prognóstico depende muito da causa e algumas etiologias têm tratamento específico e que deve ser iniciada rapidamente, é crucial ter simultaneamente ao tratamento agudo uma investigação no diagnóstico. Ainda hoje não existe um consenso para realização de exames de rotina para todos os casos de estado de mal epiléptico, com exceção da glicemia.

A primeira fase do tratamento geralmente se inicia quando a crise epilética ultrapassa 5 minutos de duração (entre 5 a 20 minutos de duração). Nessa etapa, o fármaco de escolha é um benzodiazepínico, cuja administração precoce está associada a maior eficácia na interrupção da atividade epilética, o que foi observado na condução dos casos aqui apresentados.

Outro benzodiazepínico com forte recomendação nas diretrizes internacionais é o lorazepam. No entanto, sua utilização é limitada devido à restrição da disponibilidade no cenário nacional.

A segunda fase do tratamento inicia-se quando a crise convulsiva persiste após o uso de medicações de primeira linha, geralmente com duração entre 20 e 40 minutos. As evidências disponíveis indicam que o Ácido valproico, fenitoína (ou sua pró-droga, a Fosfenitoína) e o Levetiracetam apresentam eficácia semelhante e perfil de tolerabilidade comparável para uso nessa etapa do manejo. Alguns estudos demonstraram menor eficácia da fenitoína em relação aos outros fármacos, mas por sua vez existem estudos comparando Levetiracetam e fenitoína e que não mostraram diferenças significativas entre

os fármacos em questão. Tendo em conta a eficácia equivalente entre o Levetiracetam e a fenitoína, estudos mostraram que o Levetiracetam deve ser preferencialmente usado devido ao perfil farmacocinético, interações farmacológicas e efeitos colaterais e o restante ficar como alternativas farmacológicas. No nosso serviço não observamos o seu uso pelo fato de não termos disponíveis.

O Fenobarbital também demonstra boa eficácia no controle das crises; no entanto, seu uso é geralmente reservado para situações específicas, devido à maior incidência de efeitos adversos, como sedação acentuada e risco elevado para depressão respiratória; por esse motivo será usado em casos de indisponibilidade ou contra-indicação dos outros antiepiléticos de segunda linha.

A Fenitoína é administrada na dose de 20 mg/kg e apresenta como vantagem sua ampla disponibilidade. Entre os efeitos adversos mais comuns estão arritmias, bradicardia e hipotensão, o que torna necessária a monitorização da pressão arterial e do traçado eletrocardiográfico durante a infusão. Já a pró-droga apresenta melhor tolerabilidade e menor risco dos efeitos colaterais, porém não é fornecida no cenário nacional. É importante ressaltar que a fenitoína e a fosfenitoína não devem ser utilizadas em casos de crises convulsivas decorrentes de intoxicação ou abstinência de substâncias.

No ambiente de emergência do HRS foi observado que apenas 19,44% dos pacientes utilizou fenitoína da dose de ataque com doses de 15 e 20 mg/kg; sendo que 5,56% precisaram deixar a fenitoína na dose de manutenção. Já o Fenobarbital foi utilizado em 16,67% dos pacientes na dose de 5 mg/kg/dia e apenas 8,33% dos casos necessitaram de doses acima de 5 mg/kg/dia; foi observado que em alguns dos casos foi administrado dose de 20 mg/kg/dose (como dose de ataque). No nosso cenário não foram utilizados o Ácido valproico e Levetiracetam para abordagem das crises epiléticas.

O estado de mal epiléptico que não responde a medicações de primeira e de segunda linha é considerado refratário. Portanto, nessa fase as crises costumam ultrapassar 40 minutos de duração, sendo necessária a utilização de anestésicos ou drogas anticonvulsivantes em doses elevadas. Nessa etapa, o manejo foge da abrangência do departamento de emergência e esse paciente que é considerado crítico devendo ser enca-

minhado para Unidade de Terapia Intensiva mas em nosso meio, enfrentam-se dificuldades logísticas para o devido encaminhamento dos pacientes. A medicação mais utilizada nessa fase é o midazolam contínuo, inclusive no nosso serviço foi utilizado a medicação na dose de 0,2 a 0,4 mg/kg/h. No Pronto-socorro do Hospital Regional de Sobradinho costumamos fazer uma solução padrão com 10 ml de midazolam 5 mg/ml e 40 ml de SF 0,9%, conduta que facilita a transição do cuidado até a transferência para UTI.

CONCLUSÕES

Como principal limitação ao presente estudo, observamos a falta de completude nos registros em prontuário, tanto em relação aos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, como em relação ao tempo na administração das medicações.

O presente estudo permitiu traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em EME, evidenciando maior prevalência em crianças do sexo masculino, na faixa etária entre 1 a 5 anos, com predominância do tipo tônico-clônico generalizado e associação frequente a febre e a epilepsia prévia.

A análise do manejo medicamentoso do estado de mal epiléptico na emergência pediátrica do Hospital Regional de Sobradinho evidenciou que a conduta adotada manteve consonância com as recomendações preconizadas pelas principais diretrizes, ainda

que com limitações decorrentes da disponibilidade de fármacos. O Diazepam endovenoso foi a medicação de primeira linha mais utilizada, com elevada taxa de resolução após dose única, e o Midazolam por via intramuscular ou contínua, foi reservado para situações específicas, incluindo casos refratários. Na segunda linha terapêutica, observou-se o predomínio de fenitoína e fenobartital, ácido valproico apesar de ser disponível no serviço não foi utilizado. Apesar da eficácia comparável descrita na literatura para esses fármacos, a ausência de algumas opções pode ter limitado a individualização da terapêutica de acordo com o perfil clínico do paciente. O uso de midazolam contínuo representou a principal estratégia nos casos refratários, com protocolo padronizado para facilitar a transição até a admissão em unidade de terapia intensiva.

Os achados reforçam a importância do uso racional das medicações disponíveis e da manutenção de protocolos claros e factíveis à realidade do serviço. A padronização do manejo associado à aplicação da disponibilidade de fármacos de segunda linha recomendados internacionalmente, pode contribuir para otimizar os desfechos clínicos e reduzir complicações associadas ao estado de mal epiléptico em pediatria. Também sugerimos melhoria nos registros em prontuário o que em última análise, facilita a comunicação entre as equipes e possibilita melhores desfechos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. American Board of Emergency Medicine. Pediatric status epilepticus management: key advances (practice advance). ABEM; 2024. Available from: <https://www.abem.org>
2. Japanese Society of Child Neurology. Japanese guidelines for treatment of pediatric status epilepticus (GL2023). Brain Dev. 2024. Available from: <https://www.sciencedirect.com>
3. American Academy of Pediatrics. Status epilepticus. Pediatric Care Online. 2024. Available from: <https://publications.aap.org>
4. Srivastava K, Sharma R, Gupta P. Survey of pediatric status epilepticus treatment practices. Indian J Crit Care Med. 2024;28(1):46-54. Available from: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24656>
5. Texas Children's Hospital. Status epilepticus: initial management – clinical pathway. Houston: TCH; 2024. Available from: <https://www.texaschildrens.org>

6. Guerra DKH, Oliveira BGP, Frigeri NC, Pereira JMF. Abordagens terapêuticas para epilepsia infantil: uma revisão atualizada da neuropediatria. *Braz J One Health*. 2024;1(2):57-69.
<https://doi.org/10.70165/bjoh.v1i2.8>
7. Morgan LA, Hrachovec JB, Goodkin HP. Pediatric status epilepticus: treat early and avoid delays. *Paediatr Drugs*. 2023;25(4):411-424.
<https://doi.org/10.1007/s40272-023-00570-1>
8. Bracken L, Appleton R. Treatment of pediatric convulsive status epilepticus. *Front Neurol*. 2023;14:1175370. Available from:
<https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1175370>
9. Couto AP, Koliski A, Vita WP, Rodrigues M. Sequência rápida de intubação em pediatria: atualização e proposta de protocolo. *Resid Pediatr*. 2023;13(1).
<https://doi.org/10.25060/residpediatr-2023.v13n1-774>
10. Wheless JW, Gidal B, Rabinowicz AL, Carrazana E. Practical questions about rescue medications for acute treatment of seizure clusters in children and adolescents with epilepsy in the USA. *Paediatr Drugs*. 2023. Available from:
<https://doi.org/10.1007/s40272-023-00601-x>
11. Messahel S, Bracken L, Appleton R. Optimal management of status epilepticus in children in the ED. *Open Access Emerg Med*. 2022;14:491-506.
12. Gidal B, Detyniecki K. Rescue Therapies for seizure clusters. *Epilepsia*. 2022;63(Suppl 1):S34-S44.
<https://doi.org/10.1111/epi.17341>
13. McKenzie KC, Hahn CD, Friedman JN. Emergency management of the paediatric patient with convulsive status epilepticus. *Paediatr Child Health*. 2021;26(1):50-66. Available from:
<https://doi.org/10.1093/pch/pxaa127>
14. Kapur J, Elm J, Chamberlain JM et al. Randomized trial of levetiracetam, fosphenytoin, and valproate for benzodiazepine-refractory status epilepticus. *N Engl J Med*. 2019;381:2103-2113. Available from:
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1905795>
15. Lyttle MD et al. Levetiracetam versus phenytoin for second-line treatment of paediatric convulsive status epilepticus (EcLiPSE). *Lancet*. 2019;393:2125-2134.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30724-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30724-X)
16. Dalziel SR et al. Levetiracetam versus phenytoin for second-line treatment of convulsive status epilepticus in children (ConSEPT). *Lancet*. 2019;393:2135-2145. Available from:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30722-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30722-6)
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. Brasília: CONITEC; 2019. Disponível em:
<https://www.gov.br/conitec>
18. Hirsch LJ, Gaspard N, Van Baalen A et al. Proposed consensus definitions for NORSE and FIRES. *Epilepsia*. 2018;59(4):739-744.
<https://doi.org/10.1111/epi.14016>
19. Cacho AU, Branco RG, Tasker RC. Management protocols for status epilepticus in the pediatric emergency department. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(S1):84-94.

20. Glauser T, Shinnar S, Gloss D et al. Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults. *Epilepsy Curr.* 2016;16(1):48-61. Available from:
<https://doi.org/10.5698/1535-7597-16.1.48>
21. Wilmschurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP et al. Management of infantile seizures. *Epilepsia.* 2015;56(8):1185-1197.
<https://doi.org/10.1111/epi.13057>
22. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D et al. A definition and classification of status epilepticus. *Epilepsia.* 2015;56(10):1515-1523.
<https://doi.org/10.1111/epi.13121>
23. Gaspard N, Foreman B, Judd LM et al. Intravenous ketamine for refractory status epilepticus. *Epilepsia.* 2013;54(8):1498-1503. Available from:
<https://doi.org/10.1111/epi.12247>
24. Brophy GM, Bell R, Claassen J et al. Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus. *Neurocrit Care.* 2012;17(1):3-23. Available from:
<https://doi.org/10.1007/s12028-012-9695-z>
25. Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med.* 2012;366:591-600.
26. Berg AT, Mathern GW, Bronen RA et al. Structural abnormalities in childhood epilepsy. *Brain.* 2009;132:2785-2797. Available from:
<https://doi.org/10.1093/brain/awp187>
27. Gaillard WD, Chiron C, Cross JH et al. Imaging infants and children with recent-onset epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50(9):2147-2153. Available from:
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02075.x>
28. Arthur TM, DeGrauw TJ, Johnson CS et al. Seizure recurrence risk after first seizure in children. *Epilepsia.* 2008;49(11):1950-1954. Available from:
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01775.x>
29. Harden CL, Huff JS, Schwartz TH et al. Neuroimaging in the emergency seizure patient. *Neurology.* 2007;69(18):1772-1780. Available from:
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000285083.25882.0e>
30. Riviello JJ Jr, Ashwal S, Hirtz D et al. Diagnostic assessment of the child with status epilepticus. *Neurology.* 2006;67(9):1542-1550. Available from:
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000243197.05519.3d>
31. Vasquez A, Abend NS, Loddenkemper T, Sánchez Fernández I, Gáinza-Lein M, Lamb N et al. First-line medication dosing in pediatric refractory status epilepticus. *Neurology.* 2020;95(19):e2612-e2620.

